

LES EMOTIONS DU SOIGNANT

TRAVAIL DE FIN D'ETUDES

UE 5.6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

UE 3.4 : Initiation à la démarche de recherche

Soutenance orale le 31 mai 2012

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier les professionnels de santé que j'ai rencontrés tout au long de l'élaboration de ce mémoire et qui m'ont aidée à avancer dans la réflexion et l'écriture.

Je remercie également mon guidant et référent de suivi d'avoir été présent pendant mes trois années de formation et de m'avoir accompagnée dans ce travail.

Je souhaite remercier toutes les personnes qui ont permis que ce mémoire soit ce qu'il est : mon frère pour l'illustration en première page, ma mère pour la relecture, et mes camarades pour leurs conseils et leurs remarques.

1

2

4

4

4

6

8

8

8

8

9

10
11
11
12
13
13
14
15

16
16
16

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....

I – SITUATION D’APPEL.....

II – ANALYSE DE LA SITUATION D’APPEL.....

- La télévision, objet de frustration.....
- L’agressivité : mécanisme de défense, processus de deuil.....
- Les réactions et émotions des soignants.....

III – CADRE CONCEPTUEL.....

- Les émotions : généralités.....
 - Définitions.....
 - Emotions et neurosciences.....
 - Emotions fondamentales.....
 - Les fonctions de nos émotions.....

- Les émotions du soignant.....
- L’infirmière idéale.....
- Expériences émotionnelles des soignants.....
- Répercussions des émotions du soignant dans la relation à l’autre.....
 - Mécanismes de défense du soignant.....
 - Le « blindage » est un obstacle à la relation.....
 - Emotions du soignant : les exprimer peut être néfaste.....

IV – METHODOLOGIE.....

- Choix de la méthodologie.....
- Choix de la population.....

17
17
19
21
24
25

V – ANALYSE DES ENTRETIENS.....17

- La charge émotionnelle liée à la fonction infirmière.....
- La place de nos émotions dans la relation soignant-soigné.....
- Parce qu’on est « humain »
- Limites de l’analyse et problématique.....

CONCLUSION.....

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

INTRODUCTION

A l'issue de notre formation, un travail de fin d'études nous est demandé en vue de l'obtention du diplôme d'état d'infirmier. Il amène l'étudiant à effectuer un travail de recherche sur un thème choisi et à se positionner en menant une réflexion construite et structurée. D'un point de vue personnel, ce travail n'est pas le point final de ma formation, mais une introduction à ma vie professionnelle.

Professionnels de santé et étudiants, nous avons tous vécu au cours de nos expériences des situations qui nous ont marqués. Elles peuvent générer des interrogations, des échanges, des remises en question...

La situation que je vais présenter est une de celles qui m'a le plus touchée. Il s'agit sans doute de faits anodins, mais ils m'ont confrontée à des difficultés qui ont été à l'origine d'un questionnement de ma pratique, non pas en termes de compétences techniques ou de connaissances, mais de qualités que je pensais acquises : mes qualités relationnelles.

Dans un premier temps, je vais exposer la situation sur laquelle je me suis basée pour ce travail, suivie d'une analyse dont résulte ma question de départ. Dans un deuxième temps, je développerai le cadre conceptuel que j'ai choisi au vue de la question de départ formulée. Enfin, j'effectuerai l'analyse de trois entretiens menés auprès d'infirmières que je confronterai à l'étude du cadre conceptuel.

I - SITUATION D'APPEL

Lors de mon stage en Unité de Soins Intensifs de Cardiologie (Usic), je me suis occupée de Mr B., 45 ans. Il est entré dans le service suite à un infarctus du myocarde et a bénéficié d'une coronarographie avec angioplastie et pose de stents en urgence. Il avait déjà été hospitalisé 5 ans auparavant pour le même motif. Depuis sa première hospitalisation, il n'avait jamais suivi son traitement cardiaque (des bêtabloquants, des antihypertenseurs et des hypocholestérolémiants).

Sa prise en charge s'est avérée relativement compliquée. En effet, quelques heures après son angioplastie, il souhaitait rentrer chez lui en affirmant qu'il n'était pas malade, qu'il n'avait plus mal et que rien ne l'obligeait à rester. Il refusait de prendre le traitement prescrit par le médecin car d'après lui « [il] ne le prenait pas déjà chez [lui], alors ça ne changerait rien ». Le lendemain, Mr B. a enlevé lui-même sa perfusion. Il a également prétendu avoir débranché les électrodes du moniteur cardiaque auxquelles il est relié en permanence afin de descendre dans le hall de l'hôpital.

Tout au long de son séjour, Mr B. s'est montré exigeant, aussi bien pour les repas que pour les soins apportés : il négociait en permanence avec l'équipe, que ce soit les aides-soignantes, les infirmières ou les médecins.

Un soir, alors que j'effectuais avec l'aide-soignante le « tour » du soir, Mr B. m'a prise à partie au sujet d'une télévision. En effet, sur mon lieu de stage, les chambres n'étaient pas équipées de téléviseur. Occasionnellement, l'équipe prêtait à un patient un vieux poste utilisé par l'équipe de nuit. Alors que j'entrais dans sa chambre, Mr B. a exigé d'un ton sec la télévision « qu'une blonde lui avait promis depuis deux jours ». Il a affirmé « qu'un mec la gardait pour lui et ne voulait pas la prêter ». L'aide-soignante a demandé à Mr B. de « mesurer [ses] propos » et d'être « un peu plus respectueux ». J'ai tenté d'expliquer au patient que le service ne possédait qu'une télé ancienne, à partager entre 14 chambres. Je l'ai informé qu'elle était déjà prise non pas par un homme, mais par une femme, et que nous venions juste de la lui donner. Le patient a haussé le ton en pestant que nous nous moquions de lui, que nous le faisons exprès pour l'ennuyer, en des termes plus vulgaires. J'ai tenté de lui expliquer que son souhait de bénéficier de la télévision ce soir là n'était

pas venu à notre connaissance, et que nous n'étions pas responsables des promesses faites par d'autres personnes. Il a continué de protester et d'exiger d'avoir la télévision. Il a demandé à parler à la Cadre de Santé en précisant qu'il se plaindrait de notre comportement et a menacé de partir.

Devant l'agressivité de Mr B., l'aide-soignante a également haussé le ton, en lui rétorquant que « nous [n'étions] pas des chiens et qu' [il n'avait] pas à nous parler sur ce ton ». La communication est rapidement devenue difficile entre les deux personnes. J'ai alors tenté de trouver un compromis avec lui. Je lui ai proposé la télévision à partir de 20h30 (après qu'une de nos collègues se soit assurée que la patiente concernée était d'accord). Mr B. a dans un premier temps refusé car il désirait voir le journal télévisé à 20h. Après m'être excusée au nom de l'équipe, je lui ai réaffirmé qu'il ne pourrait pas avoir la télévision avant 20h30. Mr B. a alors accepté ma proposition. L'aide-soignante et moi-même avons quitté la chambre. Nous avons relaté l'incident à l'infirmière en charge du secteur. Pendant cet échange, l'aide-soignante m'a fait remarquer que j'avais rougi, bien que je ne me sois pas énervée.

Cette situation a soulevé chez moi de nombreuses questions. Elle m'a interrogée d'une part sur la raison de l'absence de télévision dans les chambres.

D'autre part, je me suis interrogée sur les réactions du patient. Pourquoi réagissait-il ainsi ? Depuis son entrée dans le service, Mr B. a adopté une attitude assez provocatrice : il négociait les moindres soins, les moindres prestations. Il nous a menacés à plusieurs reprises de quitter le service. Il se montrait très exigeant et parfois agressif. Cette agressivité peut-elle être expliquée par un mécanisme de défense?

Outre les réactions du bénéficiaire de soins, je me suis également penchée sur les réactions des soignants, en l'occurrence l'aide-soignante et moi-même. Nous avons réagi de manière assez différente face au patient. Qu'est-ce qui explique une telle différence d'attitude face à une situation vécue identique? Quelle était la « bonne attitude » à adopter, si tant est qu'il en existe une ? Nos réactions étant différentes, nos ressentis l'étaient-ils aussi ? Ce qui m'a interpellée surtout, c'est la colère que j'ai éprouvée face aux accusations que le patient proférait à l'égard de l'équipe soignante, accusations que j'ai considérées comme injustes. Un soignant a-t-il le droit d'éprouver de la colère? Et si oui, a-t-il le droit de l'exprimer ? Comment ? Dans quelles limites ?

Bien que j'aie eu l'impression de ne rien laisser paraître, cela fut-il le cas ? Comment le patient l'a-t-il perçu ? Comment a-t-il interprété mon attitude, mes propos ?

Cette situation a-t-elle eu une incidence sur la suite de la prise en charge ?

II - ANALYSE DE LA SITUATION D'APPEL

- **La télévision, objet de frustration**

Concernant l'absence de poste de télévision dans les chambres du service, j'ai supposé qu'il y avait une quelconque contre-indication médicale qui justifiait de ne pas en installer : besoin de repos, éviter le stress. Après en avoir discuté avec l'infirmière qui m'encadrait, il s'est avéré qu'il n'y avait aucune raison médicale pour que les patients ne bénéficient pas de cette prestation. Elle m'a informée que l'équipe sollicitait régulièrement les patients afin qu'ils manifestent leur insatisfaction dans le questionnaire de sortie qui leur est remis avant le départ.

Généralement, les patients en Usic doivent rester alités un certain moment (ceci à cause de possibles complications après la coronarographie, de troubles hémodynamiques, de séquelles liées à l'infarctus). Malgré les livres à leur disposition, certains bénéficiaires de soins supportent mal l'alitement prolongé et l'inactivité qu'il engendre. Cette immobilisation a un effet délétère sur l'état psychologique des patients et peut ainsi expliquer l'agressivité de Mr B. Selon Alexandre MANOUKIAN, le terme agressivité vient « du latin « *gradiori* » (= *marcher*, avec l'idée de *marcher contre quelqu'un*). *La tendance agressive s'actualise dans des conduites réelles ou fantasmatiques visant à nuire ou même à détruire autrui. Elle est souvent secondaire à une frustration, à un manque.* ». Comme il n'y a qu'un poste pour 14 chambres, il est inévitable que certains patients soient lésés, et que ceci engendre des conflits. Ainsi, Mr B. n'a pas pu obtenir de télévision immédiatement, ce qui a engendré une frustration et explique sa réaction sur un mode agressif.

- **L'agressivité : mécanisme de défense, processus de deuil**

L'annonce d'une maladie grave confronte le malade à une angoisse profonde. L'infarctus du myocarde est une maladie très anxiogène. En effet, l'intensité de la douleur, l'urgence de la prise en charge ainsi que les nombreux dispositifs médicaux (voie veineuse, moniteur, électrodes, pousse-seringue) et la lourdeur du traitement (angioplastie, nombreux médicaments, alitement) font prendre conscience au malade de sa vulnérabilité et de la gravité de son état de santé, dont l'évolution pourrait être défavorable (complications cardiaques graves, mort). Tout ceci entraîne une forte anxiété, qui est gérée de différentes façons selon la personnalité et le vécu du patient.

Selon l'article R4311-2 du Code de la Santé Publique, « *les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs intègrent qualités techniques et qualités de relation* ». Pour assurer la qualité de cette relation, il est nécessaire, en tant que soignant, de comprendre la dynamique psychologique qui anime la relation avec le bénéficiaire de soins et de s'en servir afin de construire une relation de qualité. Cette dynamique inclut notamment les mécanismes de défense, qui sont des « *processus psychiques inconscients qui visent à réduire ou à annuler les effets désagréables des dangers réels*

ou imaginaires en remaniant les réalités internes (l'éprouvé) et/ou externes (le perçu) » (Serban IONESCU). Ainsi, dans cette situation, j'ai pu identifier un mécanisme de défense pouvant être en jeu : la projection agressive. Cette réaction s'exprime au travers d'un renvoi d'incompétences des soignants par le bénéficiaire de soins et se manifeste par la formulation d'exigences, de reproches, de récriminations, de plaintes. Dans cette situation, Mr B. est effectivement sur un mode agressif. Il émet des exigences quant à l'obtention de la télévision, et répond de manière agressive au personnel soignant. La projection agressive serait donc le mécanisme en cause.

L'agressivité de Mr B. peut également être en partie expliquée par les étapes du processus de deuil (les étapes du mourir selon Elisabeth KÜBLER-ROSS). Celles-ci peuvent se manifester dans un ordre différent de celui dans lequel je vais les nommer :

- La sidération : elle fait référence au choc initial. Sidération de la pensée, des affects.
- Le déni : la réalité n'est pas intégrable par le patient psycho-affectivement. Cela se manifeste chez Mr B. lorsqu'il dit vouloir partir et ne pas être malade.
- La révolte, l'agressivité : c'est une expression de la souffrance, dirigée contre les proches et les soignants. Ici, l'agressivité de Mr B. est clairement exprimée lors des divers reproches qu'il profère à notre égard.
- Le marchandage : il se manifeste par des « contrats » ou négociation. Pendant son séjour, le patient a négocié à plusieurs reprises les modalités de sa prise en charge.
- La dépression : il s'agit d'un vécu de tristesse par rapport à ce que la personne a perdu ou va perdre.
- L'acceptation : il se caractérise par un calme affectif, un état actif de « lâcher-prise ».

Par cette approche, l'agressivité de Mr B. est expliquée à la fois par un mécanisme de défense, la projection agressive, mais également par les étapes du mourir, qui constituent tous deux les répercussions de l'annonce de la maladie. Si l'origine du comportement du bénéficiaire de soins peut être expliquée, doit-elle être pour autant acceptée ?

Le soignant doit intégrer les réactions du patient, comprendre et accepter la possible mise en jeu de mécanismes et processus afin d'adapter sa prise en charge. En ce qui concerne l'agressivité de Mr B., il faut se montrer empathique avec la souffrance (ce qui génère la colère), et non avec la colère elle-même, et comprendre que cela ne nous est pas directement destiné.

- **Les réactions et émotions des soignants**

Dans cette situation, les réactions de l'aide-soignante et mes propres réactions ont été

différentes. L'aide-soignante a haussé le ton ; de mon côté, j'ai rougi et gardé une intonation neutre. Ces manifestations sont-elles l'expression d'émotions similaires ? Il convient de définir dans un premier temps ce qu'est une réaction et une émotion. Une réaction est une « *manière dont quelqu'un, un groupe réagit face à un évènement ou à l'action de quelqu'un d'autre* ». Une émotion est quant à elle une « *réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement* ». Ainsi, réaction et émotion sont liées. Toutefois, plus que de réaction, Jacques COSNIER parle des émotions comme d'un « *ensemble d'éprouvés psychiques spécifiques accompagnés (...) de manifestations physiologiques et comportementales* ».

La réaction de l'aide-soignante, face à l'agressivité de Mr B., a été de hausser le ton et de le recadrer. L'intonation de sa voix et son faciès m'ont amenée à supposer qu'elle ressentait à ce moment là de la colère. En effet, bien qu'elles soient éprouvées intérieurement, les émotions s'accompagnent parfois de signes perceptibles notamment au niveau des expressions du visage et de la posture. Le non-verbal constitue certainement ce qu'il y a de plus complexe à maîtriser : « *contrôler son activité communicative, c'est autant contrôler ce que l'on dit que ce que le corps exprime par la voix et les mouvements* ». Il existe ainsi différents mécanismes de contrôle du verbal et du non-verbal à l'échelle individuelle, comme la répression, la diversion, l'évitement, ou encore le masquage. Dans cette situation, je peux identifier la répression qui consiste à maîtriser sa voix (intonation, rythme, vocabulaire employé), lorsque j'ai notamment essayé de parler d'une voix calme, à un rythme régulier et normal. Pour autant, le contrôle des émotions est complexe, et peut faire l'objet de quelques échecs. Dans le cadre de la profession infirmière, quelles sont les répercussions de cet échec face au patient ? L'expression non contrôlée de la colère, de la tristesse, de la joie peuvent-elles influencer sur la prise en charge du bénéficiaire de soins ?

Ceci m'amène à formuler la question de départ suivante :

En quoi les émotions éprouvées par les soignants peuvent-elles interférer dans la relation avec un bénéficiaire de soins ?

La difficulté de prise en charge de Mr B. a soulevé de nombreuses interrogations et a donc amené plusieurs possibilités de thèmes exploitables dans le cadre d'un travail de fin d'études. Ainsi, il est question d'agressivité, de refus de soins, de négociation, de non observance, d'émotions, de relation soignant-soigné entre autres. Parmi ces thèmes, j'ai choisi de développer le concept des « émotions ». Il s'agit d'un sujet auquel nous sommes tous confrontés, en tant qu'être humain et professionnel de santé. Nous avons tous rencontré des situations qui nous ont émus, déstabilisés. Au

cours de notre parcours professionnel, nous avons et nous allons expérimenter différents états émotionnels, que ce soit la joie, la tristesse, la peur ou encore la colère. Chacun va les vivre à sa façon, mais ces éprouvés n'en restent pas moins communs à tous. C'est le caractère universel et intemporel des émotions qui m'a conduit à vouloir exploiter ce sujet. Nous y sommes confrontés quotidiennement dans notre travail, et la place de ces émotions dans un contexte de soins soulèvent régulièrement des questionnements sur notre pratique. Il me semble ainsi intéressant d'en étudier les impacts sur notre prise en soins d'un patient.

III - CADRE CONCEPTUEL

- **Les émotions : généralités**

- **Définitions**

Précédemment, nous avons vu qu'une émotion est une « *réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement* ». Cette définition peut être complétée par celle issue du dictionnaire Le Robert, citée par Lydia FERNANDEZ : « *réaction affective brusque et momentanée, agréable ou pénible, souvent accompagnée de manifestations physiques ou de troubles physiologiques* ». Cette dernière met l'accent sur les répercussions physiques et physiologiques de ces éprouvés. En effet, une émotion est un vécu, un éprouvé de l'ordre de l'intime, mais génère chez la personne qui l'expérimente des réactions plus ou moins visibles.

Cette définition souligne également l'ambivalence de nos émotions par les notions d'agréable ou de pénible, ce que l'on peut encore définir sous les termes d'émotion positive et d'émotion négative.

De façon générale, les émotions comprennent plusieurs paliers. Par exemple, la colère va de la simple irritation à la fureur, la peur va du trac à la panique, la tristesse du « cafard » à la déprime, et la joie de la gaieté à l'euphorie. Ces paliers se différencient par l'intensité de l'expression de l'émotion.

- **Emotions et neurosciences**

Les avancées considérables de la science grâce à l'apparition de nouvelles technologies telles que le scanner ont permis de mettre en évidence le système en lien avec nos émotions. Il s'agit du système limbique, qui siège dans la substance grise de notre encéphale. Il regroupe

plusieurs entités, telles que l'hippocampe, l'hypothalamus ou encore les amygdales. Lors d'une stimulation externe, un signal est transmis à notre cerveau qui traite l'information reçue. S'en suit des réactions en chaînes : le système limbique va agir sur les systèmes parasympathiques et sympathiques (qui constituent le système nerveux végétatif, indépendant de notre volonté), qui, par la sécrétion d'hormones telles que l'adrénaline, la noradrénaline ou l'acétylcholine, vont être à l'origine de différentes modifications physiques et physiologiques (fréquences cardiaque et respiratoire, vasomotricité et pression artérielle, sécrétions glandulaires, et autres actions sur différents organes).

- **Emotions fondamentales**

Dans divers ouvrages, l'approche universaliste des émotions met en évidence l'existence d'émotions dites « basales » ou « fondamentales », selon la théorie qu'il existerait un signal distinctif universel, commun à tout être humain, quelque soit sa culture. Selon les chercheurs, leur nombre varie. Ainsi, Charles DARWIN en dénombre six : la joie, la tristesse, la peur, la colère, le dégoût et la surprise. Cependant, dans la littérature, la liste des émotions basales est souvent réduite aux quatre premières émotions précitées. Ce sont donc celles-ci que je retiendrai pour la suite de l'étude.

Les émotions sont indissociables de la communication non verbale. Ainsi, lorsque nous sommes émus, notre corps s'agite, les traits de notre visage changent. Pour les émotions fondamentales retenues, nous pouvons ainsi constater que :

- La colère se manifeste par des sourcils froncés, des mâchoires et des poings serrés (dus à une augmentation du tonus musculaire) et par un rougissement de la face (du à la vasodilatation). On observe aussi une augmentation des fréquences cardiaque et respiratoire.
- La caractéristique majeure de la joie est un sourire « vrai », encore qualifié par Paul EKMAN de « sourire de Duchenne ». Il se différencie par un plissement des yeux particulier et un abaissement des sourcils provoqués par la contraction de la partie externe du muscle orbiculaire. La joie peut entraîner des changements comportementaux (sautillements, larmes de joie).
- La tristesse se caractérise sur le visage par une position oblique des sourcils due à la contraction de muscles faciaux (muscle sourcilier et partie interne du muscle frontal), par des rides du front creusées et par un abaissement de la commissure des lèvres. Enfin, des larmes peuvent accompagner cette émotion.
- La peur se manifeste par un écarquillement des yeux et un soulèvement des sourcils sous l'action des muscles orbiculaire et frontal. Elle s'accompagne également d'une contraction

musculaire généralisée, qui induit un afflux de sang de la périphérie vers les muscles expliquant ainsi la pâleur du visage, et qui provoque des tremblements. Elle entraîne une augmentation des fréquences cardiaque et respiratoire et la dilatation de la pupille. La peur peut également s'accompagner d'un cri.

- **Les fonctions de nos émotions**

« Face à une difficulté, nous avons tendance à réagir par des émotions désagréables, par une pensée négative, explique Thierry Janssen. C'est un premier réflexe de survie. ». En effet, lorsque nous ressentons de la colère ou de la peur par exemple, notre fréquence cardiaque va augmenter, notre tonus musculaire va s'intensifier. Dans le cas de la peur, ceci peut nous permettre de nous préparer à la fuite, d'augmenter notre vigilance. Concernant la colère, les modifications engendrées permettent soit de nous préparer au combat ou au contraire de l'éviter en exerçant un pouvoir d'intimidation sur l'autre. Tout ceci nous permet d'agir face à la difficulté rencontrée, dans un but d'adaptation et de préservation, de survie.

Concernant la tristesse, qui est également une émotion dite négative, on pourrait penser qu'elle n'a aucune utilité, car elle entraîne une perte d'élan qui serait un obstacle au réflexe de survie. Or, la tristesse et le souvenir qu'elle laisse, permettent d'éviter des situations dans lesquelles nous pourrions ressentir cette émotion négative, et nous permet ainsi de nous protéger. La tristesse favorise également l'introspection visant à se centrer sur soi, sur ses besoins, et à prendre de la distance avec la situation qui a suscité l'émotion. Enfin, notre tristesse peut entraîner une certaine empathie chez autrui et ainsi nous protéger de l'agressivité et des conflits.

Les émotions positives telles que la joie par exemple, augmenteraient quant à elles notre créativité, mais elles nous permettraient également d'être plus enclins à aider autrui, ou encore à prendre des décisions, ceci grâce à une attitude plus ouverte.

Ainsi, « les émotions vont nous mettre en état de choisir la réaction la plus adéquate et préparer notre corps à réaliser ce qu'il a choisi ».

- **Les émotions du soignant**

- **L'infirmière idéale**

Les avancées de la médecine, la technicisation des soins et les règles sociales laissent peu de place aux émotions des soignants. Il existerait ainsi une « norme implicite », remarquée par Catherine MERCADIER : « les soignants se doivent de maîtriser leurs affects ». Cette maîtrise, que Christian RICHARD qualifie de « lissage émotionnel », est caractérisée par une neutralité du

soignant et un « savoir-taire » lié aux émotions. Walter HESBEEN fait également ce constat, et évoque « *une forme d'interdit professionnel associé à la sensibilité* ». Outre cet aspect normatif et restrictif, l'infirmière dite « idéale » revêt différents caractères. Ainsi, persiste encore l'image de la soignante invulnérable, qui se dévoue corps et âmes et qui consacre sa vie à celle des autres. Géraldine LANGLOIS, quant à elle, met en évidence « *la conception traditionnelle des dispositions « naturelles » de l'infirmière : disponibilité, bienveillance, compassion, voire empathie...* ». Ces qualificatifs sont également utilisés par Claude CURCHOD qui met en avant le « *mythe du soignant vertueux : empathique, toujours à l'écoute, disponible, non jugeant, empli de compassion, expert en communication* ». Ainsi, des ressentis négatifs envers un patient pourraient être à l'origine d'une certaine culpabilité de la part du soignant, car non en accord avec ces qualités « naturelles ».

Ces différentes conceptions érigent le portrait de l'infirmière idéale, emprunt d'une « neutralité émotionnelle ». Cette image du soignant vertueux et infaillible est ainsi dénoncée car trop éloignée de sa réalité et de « *la reconnaissance de son humanité* ».

Claude CURCHOD note toutefois que ces représentations tendent à évoluer et que les émotions des soignants sont de plus en plus considérées comme « *étant une composante naturelle et inséparable de l'activité* ». Dans son ouvrage, Walter HESBEEN affirme qu'« *on ne peut prendre soin d'un homme ou d'une femme malade en tentant d'accueillir sa singularité sans se sentir concerné par sa situation, sans se laisser toucher par ce qui arrive à cet humain* ». Marie De HENNEZEL rejoint ce constat en citant Romola SABOURIN : « *être ému lorsqu'un patient souffre, triste s'il meurt, est tout à fait normal et humain* ». Ainsi reconnaît-on le statut d'être humain de l'infirmière, et son droit de s'émouvoir, ressentir, être sensible à ce qui l'entoure.

- **Expériences émotionnelles des soignants**

Les émotions dépendent du sujet qui les éprouve, mais également du contexte et des circonstances.

Dans son article, Jean-Jacques PRAHIN reconnaît la légitimité des ressentis des soignants et les met en lien avec des situations particulières.

Ainsi, il écrit que la colère peut survenir envers un patient désagréable ou envers un collègue dans une situation de désaccord ou de mésentente, ce que reprennent Christophe ANDRE et François LELORD dans leur ouvrage. Ils estiment que la colère est générée par le caractère indésirable d'un événement, mais également par un manque de réciprocité dans les relations. Ceci peut se caractériser dans une situation de soins par un sentiment de non reconnaissance du travail du soignant par le bénéficiaire de soins, ce que note également Géraldine LANGLOIS qui liste comme

causes fréquentes de colère chez les soignants des « *reproches perçus comme injustes, des paroles ou un comportement agressif, inadapté, l'irrespect du personnel, du matériel, du travail* ».

La tristesse chez le soignant est souvent consécutive au décès d'un patient, ou à la prise en charge d'une personne atteinte d'une pathologie lourde et incurable. Elle fait écho à la souffrance de la personne soignée ou de son entourage. Cette émotion est donc particulièrement associée à la perte, que ce soit la perte d'un patient ou la perte d'espoir.

La joie, quant à elle, peut être ressentie lorsqu'un soignant retrouve un patient auquel il s'est attaché, lorsqu'il retrouve un collègue avec qui il aime travailler, après le rétablissement d'un malade, suite à la reconnaissance par la personne soignée du travail accompli par l'infirmière entre autres.

Enfin, la peur survient en réaction à un danger. Dans le cadre du métier d'infirmière, il peut s'agir de la peur de commettre une faute professionnelle. Il s'agit d'une appréhension face à un danger supposé, et non avéré. La peur peut également être ressentie lors d'une situation de violence, face à un patient agressif par exemple.

- **Répercussions des émotions du soignant dans la relation à l'autre**

- **Mécanismes de défense du soignant**

Les mécanismes de défense du soignant ont une fonction adaptative afin de se protéger d'un évènement générateur d'angoisse, de souffrance ou de malaise. Ainsi, pour faire face à ses émotions et à son ressenti, un soignant peut être amené à mettre en place ces processus inconscients. Ils peuvent interférer dans la relation soignant-soigné car ils influent sur le comportement du soignant face au bénéficiaire de soins. En effet, un soignant peut inconsciemment avoir recours à l'évitement par exemple, ce qui engendrera forcément une rupture dans la relation à l'autre et donc dans la prise en charge d'une manière générale.

Ces mécanismes ne sont pas pathologiques. Il s'agit d'une situation normale en vue de se protéger. Toutefois, lorsqu'ils surviennent de façon répétée et inadaptée à la situation, ils peuvent s'avérer inefficaces et constituer un frein dans la relation. En effet, un soignant qui utilise très régulièrement la banalisation ou la rationalisation par exemple peut s'éloigner progressivement des relations humaines qui constituent une part importante du métier d'infirmière. « *Ce qui protège temporairement le soignant isole le patient, l'empêche de pouvoir bénéficier d'une relation authentique* ». Cette perte de contact avec « l'essence » même de la profession, peut conduire par la suite à une insatisfaction et une frustration qui, à long terme, peuvent entraîner progressivement un épuisement professionnel.

- **Le « blindage » est un obstacle à la relation**

Parler des émotions des soignants conduit à aborder la notion de « distance relationnelle ». Il s'agit de la « juste proximité » (qui dépend du contexte et des personnes concernées) permettant au soignant de ne pas se laisser envahir par ses propres émotions et celles de la personne qu'il soigne, mais d'être assez proche pour se montrer empathique avec ce que vit le malade. Le soignant peut parfois être amené à se protéger en adoptant ce que Pascal PRAYEZ qualifie de « *distance hyperdéfensive* », qui le coupe de ses ressentis, créant un « blindage » qui annule la relation ». Le risque de ce « blindage » est la déshumanisation des soins. En effet, la technicité éloigne l'infirmière de la dimension humaine du soin et tend à considérer le malade comme un objet, une pathologie. Selon Philippe COLOMBAT, lors d'un entretien qu'il accorde à Pascal PRAYEZ, un excès de distance professionnelle est « *une catastrophe* ». La relation soignant-soigné n'est possible que s'il existe une confiance mutuelle entre les deux acteurs de la relation. Cette confiance ne s'acquiert que par l'authenticité, et donc par l'implication et l'investissement du soignant. Une distance excessive met le bénéficiaire de soins à l'écart et empêche cette confiance de s'établir, ce qui entraîne inévitablement une diminution des échanges et donc un frein dans la relation et la prise en charge.

Carl ROGERS fait le constat que la congruence et l'authenticité de la personne « aidante » (c'est-à-dire la concordance de son attitude et de son comportement avec ses propres sentiments) influent fortement sur l'efficacité de la relation d'aide. Ceci peut être transposé au travail infirmier dont la relation d'aide fait partie. Un soignant en accord avec ses émotions sera plus efficace pour entretenir un lien de confiance et une relation authentique. Il remarque également que la peur de ressentir des sentiments positifs envers la personne « aidée » (attention, affection, respect,...), conduit à créer une distance au sein de la relation à l'autre, par l'adoption d'une attitude de réserve de la part de la personne « aidante ». Marie DE HENNEZEL fait le même constat et relate ainsi les propos du professeur Claude OLIVENSTEIN : « *il faut montrer nos émotions et dire ce que nous ressentons, car la parole est vraie et montre nos limites* ». Cette démonstration de notre vulnérabilité et de nos failles permettrait ainsi de diminuer le fossé entre les malades et les soignants et donc permettrait une relation empreinte d'authenticité et d'humanité.

- **Emotions du soignant : les exprimer peut être néfaste**

Exprimer nos émotions sans en assurer la maîtrise peut parfois être délétère. Ainsi, dans

l'article de Géraldine LANGLOIS, une infirmière affirme que « *la colère peut faire rater un soin. Si le patient est contre l'infirmière et elle contre lui, une prise de sang, ça se rate, même sur un boulevard* ». Catherine MERCADIER note quant à elle qu'une colère qui nous dépasse et qui n'est pas gérée peut parfois dériver et aboutir à une violence de la part des soignants, qu'elle soit physique ou psychique. Il apparaît ainsi que la colère exprimée face au patient est contre-productive voire destructrice. Quand au dégoût ressenti par une infirmière incommodée par des odeurs désagréables ou par la vue d'une plaie très sale, elle remarque qu'il peut entraîner une humiliation et un sentiment de honte chez le patient. Cette honte peut être alors mal vécue et entraîner un mutisme ou au contraire une agressivité qui seront des freins à la relation.

De plus, laisser notre affectivité nous submerger peut nous desservir. En effet, pour l'infirmière, le risque est « *de se retrouver piégée dans sa relation avec le patient et de perdre de vue sa mission première. Certaines idéalisent ainsi leur relation avec les patients* ». Ainsi, il apparaîtrait que les émotions rendent « aveugle ». En effet, elles interfèrent dans notre prise de décision en modifiant notre perception de la réalité : une peur exacerbée peut conduire à une hypervigilance et ainsi nous amener à considérer tout élément comme danger présumé. De plus, un état émotionnel élevé empêche l'individu de se concentrer sur une situation car il est focalisé sur l'objet qui suscite l'émotion et sur ses propres ressentis. Cela a pour effet également d'augmenter sa subjectivité et donc d'interférer dans la prise décision.

Après ces divers constats, nous pouvons donc conclure que l'expression des émotions dans le cadre du métier de soignant n'est ni à proscrire, ni à rendre systématique. Il convient de les exprimer « *d'une manière éthique, qui ne porte préjudice à aucun des partenaires de la relation* ».

IV – METHODOLOGIE

- **Choix de la méthodologie**

Afin d'étayer ma réflexion sur le thème des émotions, il convient de comparer la théorie au vécu d'infirmières sur le terrain. Pour cela, j'ai choisi de mener des entretiens. Les questionnaires permettent de recueillir de nombreux témoignages mais « les émotions des soignants » étant un sujet personnel qui s'intéresse au ressenti et donc à l'intime des soignants, il semblait plus judicieux d'utiliser les entretiens, qui invitent l'interviewé à une expression plus libre. Grâce aux entretiens, il est aussi possible d'observer le non verbal, c'est-à-dire les réactions et les attitudes qui peuvent appuyer les dires de l'interviewé.

Chaque entretien s'est déroulé dans une pièce close, sur le lieu de travail des personnes interrogées. J'ai rencontré quelques difficultés du fait qu'ils aient lieu sur le temps de travail des infirmières et donc dans la structure où elles exercent. L'infirmière interviewée et moi-même avons été interrompues par des demandes qui lui étaient adressées, ce qui a, à plusieurs reprises, perturbé le bon déroulement de l'entretien, sans toutefois porter à conséquences.

- **Choix de la population**

Afin de mettre en lien les réponses avec différents facteurs tels que l'expérience ou le type et lieu d'exercice, je me suis entretenue avec:

- une infirmière intérimaire diplômée depuis cinq mois, afin d'évaluer l'influence d'une courte expérience et d'un mode d'exercice particulier sur la relation avec le patient.
- une infirmière diplômée depuis trois ans et six mois qui exerce en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), afin de mesurer l'influence d'un contact régulier et prolongé avec des résidents sur la relation soignant-soigné.
- une infirmière de l'Education Nationale, diplômée depuis 1988, qui exerce depuis trois ans dans un collège, après avoir travaillé dans des services tels que cardiologie, oncologie, soins palliatifs et soins de suite entre autres.

V – ANALYSE DES ENTRETIENS

Les infirmières interviewées ont autorisé l'enregistrement des entretiens. Ces enregistrements ont été effacés après leur retranscription.

- **La charge émotionnelle liée à la fonction infirmière**

Afin de connaître les situations de travail à l'origine d'émotions chez les infirmières interviewées, je me suis basée sur les quatre émotions fondamentales que j'ai retenues pour l'étude du cadre conceptuel, à savoir : la joie, la colère, la tristesse et la peur.

Concernant la joie, l'infirmière diplômée depuis 24 ans explique avoir connu « *l'idéal de [sa] profession* » pendant ses cinq premières années d'exercice dans un service de cardiologie. Elle assimile la joie ressentie pendant ces années-là au travail en équipe et à la forte cohésion qui existait entre les soignants, ainsi qu'aux rapports entretenus avec sa hiérarchie, qui facilitaient les échanges et l'apprentissage. Jean-Jacques PRAHIN souligne lui aussi que le fait d'apprécier un

collègue peut influencer sur la joie ressentie par le soignant. Cette notion de travail en équipe n'est pas retrouvée à travers les propos de l'infirmière intérimaire. Ceci est sans doute lié aux spécificités de son mode d'exercice et à sa courte expérience. En effet, elle exerce en intérim depuis l'obtention de son diplôme, ce qui la conduit à changer régulièrement de structure et donc d'équipe, ce qui ne favorise pas l'intégration.

Les trois infirmières évoquent également la relation avec le patient comme source de plaisir et donc de joie, lorsqu'elles plaisantent avec lui par exemple, ou encore lorsqu'il existe une certaine proximité. Ceci est notamment évoqué par l'infirmière d'Ehpad. Son travail la conduit à côtoyer quotidiennement les mêmes résidents, certains depuis plusieurs années. Elle évoque ainsi la joie ressentie lors de la célébration des anniversaires des résidents. Parfois, la joie trouve son origine dans les soins en eux-mêmes. L'infirmière intérimaire est la seule à évoquer cette éventualité : lorsqu'elle parvient « *à soulager une personne* », ou lorsqu'elle réussit « *à faire un joli pansement* », et qu'on lui dit « merci ». Géraldine LANGLOIS mentionne d'ailleurs dans son article cette reconnaissance par le patient comme source de joie au quotidien, amplifiée par le « *sentiment d'avoir bien fait son travail* ».

La peur est différente selon les infirmières. Ainsi, l'infirmière intérimaire évoque le poids de la responsabilité inhérente à sa fonction et la peur de commettre une faute professionnelle. Cette crainte peut être légitimée par le fait qu'elle n'exerce cette profession que depuis quelques mois. En effet, avec l'expérience, nos connaissances s'étoffent, nos gestes sont plus assurés du fait de leur répétition, ceci permettant de prendre confiance en soi et donc d'atténuer « *la peur de se tromper, la peur de mal faire* ». En outre, les trois infirmières s'accordent à dire qu'un bénéficiaire de soins agressif, violent, ou qualifié de dangereux (comme un prisonnier par exemple), peut susciter de la peur. Il apparaît aussi que la peur est souvent ressentie face à l'inconnu : l'infirmière de l'Education Nationale dit avoir eu « *des appréhensions sur comment va être vécu le traitement, ce qu'il va se passer pour l'avenir de la personne* », tandis que l'infirmière d'Ehpad avoue avoir eu peur devant la porte fermée à clé d'un résident « *qui n'était pas bien psychologiquement. (...) J'ai cru que j'allais le retrouver pendu derrière* ».

Quand nous évoquons la tristesse au cours des entretiens, les trois infirmières sont unanimes. Elles évoquent toutes le décès de patient, « *surtout pour des gens qu'on n'attend pas forcément* ». Dans l'entretien mené auprès de l'infirmière de l'Education Nationale, celle-ci se remémore des décès qui l'ont marquée, notamment de jeunes personnes : « *tu te dis que certes, c'est la vie, mais c'est vachement dur* ». L'infirmière intérimaire précise quant à elle que la tristesse, « *c'est un peu inhérent au métier. On est souvent, même toujours, confronté à la maladie, parfois à la mort, à la détresse des familles. (...) Une personne qui décède dans une maison de*

retraite, même si on ne la connaît pas forcément, on est sensible à la condition humaine ». Ces situations touchent les soignants. Seulement, toutes les histoires de vie ou tous les décès ne vont pas avoir le même impact. En effet, certaines situations vont faire écho au vécu et à l'histoire personnelle de l'infirmière et vont donc davantage la bouleverser, la « marquer ».

Concernant la colère, les propos recueillis divergent. Deux infirmières disent ne pas avoir été en colère contre un patient. L'une explique avoir ressenti de la colère lors de désaccords avec un mode de prise en charge dans une situation de fin de vie, tandis que la seconde évoque une colère ressentie lors de relations d'ordre hiérarchique. Il apparaît en effet que des mésententes avec un membre de l'équipe soignante sont souvent à l'origine de tensions pouvant conduire à des confrontations. L'infirmière intérimaire est la seule à affirmer avoir déjà ressenti cette émotion envers un patient. Toutefois, elle nuance ses propos en soulignant que « *la colère est un mot un peu fort* ». Elle remplace ainsi ce terme par « agacement » et évoque des situations où les patients se montrent peu respectueux ou agressifs sans raison apparente, situations également relatées dans l'article de Géraldine LANGLOIS. Nous pouvons ainsi comprendre que cette colère peut être générée par un manque de réciprocité dans les relations, notion expliquée par Christophe ANDRE et François LELORD dans leur ouvrage. Ce manque de réciprocité est retrouvé dans les propos de l'infirmière lorsqu'elle dit être agacée quand les patients « *ne considèrent pas trop ce qu'[elle] fait* ». Le fait qu'une seule infirmière évoque la colère envers un patient peut laisser penser que cela n'est pas concevable ou du moins pas complètement admis dans le milieu soignant. La colère est une émotion négative et a tendance à être passée sous silence, peut-être parce qu'elle ne correspond pas à cette image idéalisée du soignant que j'ai évoqué dans le cadre conceptuel. Peut-être est-elle trop éloignée des valeurs et de l'éthique infirmières pour que nous puissions la considérer et l'accepter ?

- **La place de nos émotions dans la relation soignant-soigné**

Au cours des entretiens, les trois infirmières affirment le besoin d'extérioriser ses émotions. Cependant, elles nuancent leurs propos en spécifiant qu' « *il y a des endroits où on peut en parler, des endroits où on ne peut pas en parler* », et qu'il y a également une « *façon de les exprimer* ». Ces facteurs sont essentiels car ils peuvent avoir des conséquences néfastes sur la relation avec le bénéficiaire de soins.

Ainsi, comme le déclare l'infirmière de l'Ehpad, une colère exprimée « à chaud » peut conduire à utiliser « *des mots qui dépassent la pensée* ». Elle remarque également qu'un soignant énervé peut avoir des gestes plus brusques, une façon de parler plus abrupte. Le résident va alors

penser que « *ce jour-là, c'était contre eux, alors que finalement non, pas forcément* ». La colère, si elle n'est pas expliquée au patient, peut conduire à des interprétations erronées. Cette situation peut altérer la confiance que le malade place en l'infirmière. Cette notion de relation de confiance revient régulièrement dans les entretiens. L'infirmière intérimaire explique qu'« *être authentique avec nos émotions, et les montrer, c'est montrer au malade que, finalement, on est humain. Ça peut permettre de consolider la relation de confiance* ». Elle ajoute que cela aide à disposer le patient dans de meilleures conditions pour des soins compliqués ou douloureux. Cette authenticité est retrouvée dans l'ouvrage de Carl ROGERS, lorsqu'il évoque la nécessité d'une certaine congruence de la personne « aidante ». Les professionnelles interrogées estiment d'une façon générale que la colère est l'émotion la plus compliquée à gérer et la plus délétère : « *on n'est pas forcément disponible, on n'est pas à l'écoute* ». L'infirmière intérimaire admet l'existence d'une barrière qui pourrait parfois s'élever entre elle et le patient : « *lorsque je suis en colère, je vais ruminer, je ne vais pas forcément écouter* ». Elle estime ainsi que cette émotion, généralement, ne permet pas d'établir une relation, ce que confirme l'infirmière de l'Education Nationale : « *on peut ne pas se rencontrer* » et « *peut-être passer à côté de quelque chose* ». Elle explique aussi que le métier d'infirmière implique d'être dans « l'humain », et cela conduit forcément à une part de subjectivité. Cette notion de subjectivité est retrouvée dans l'article de Géraldine VANDAMME qui met en garde contre le risque de se laisser piéger dans une relation et de l'idéaliser. Cette perte de distance peut interférer dans la prise de décision et donc dans la prise en soin du patient. C'est ce que remarque l'infirmière scolaire : « *il ne faut pas s'engouffrer dans l'émotion de l'autre, parce qu'on ne peut pas être aidant si on n'est pas à la juste distance* ».

L'infirmière intérimaire relève une autre conséquence quant à l'expression d'une émotion : « *en étant patient, je pense qu'on peut ne pas être à l'aise avec un soignant qui ne sait pas se contenir* ». Au contraire, l'infirmière d'Ehpad pense qu'il est possible de laisser ses émotions s'exprimer, même face aux résidents, et que dans ce cas, « *il vaut mieux les expliquer. Ça les inquiète moins que quand on les cache* ». Cette nuance peut être expliquée par le fait qu'elle connaisse bien les résidents et inversement : ceci peut les amener à accepter, ou du moins à comprendre plus facilement une réaction émotionnelle trop vive.

Même si les émotions, et plus particulièrement les émotions négatives, nuisent parfois à la relation soignant-soigné quand elles sont excessives ou inadaptées, elles n'en restent pas moins indispensables. Ainsi, les trois professionnelles insistent sur la nécessité d'en ressentir et de ne pas les garder pour soi. C'est ce que souligne l'infirmière d'Ehpad : « *je pense que si tu cumules de la colère, sans pouvoir l'évacuer, au bout d'un moment, tu satures* ». Elle en vient ainsi à parler de la possibilité de se sentir mauvais soignant, et explique que parfois, cela peut mener à des situations de

maltraitance. C'est ce que révèle Catherine MERCADIER dans son livre sur le travail émotionnel : la colère peut parfois engendrer des violences, qu'elles soient physiques ou morales. L'infirmière intérimaire explique que selon elle, *« il faut montrer qu'on ressent des choses, qu'on aime ce qu'on fait, qu'on a envie de partager et qu'on n'est pas indifférent à la condition de l'autre »*. C'est ce que note également Marie DE HENNEZEL dans son livre, en affirmant que se montrer tels que nous sommes, avec nos failles et nos faiblesses, nous rapproche de l'autre et diminue ce fossé qui sépare le soignant du malade. L'infirmière de l'Education Nationale pense aussi que les émotions sont indissociables de son métier : *« être soignant sans émotions, ça me semble être à distance de la notion de soins »* et ajoute qu'elle ne veut *« surtout pas être blindée »*. Pascal PRAYEZ explique dans son livre que les risques de ce blindage est la deshumanisation des soins qui tend à considérer le malade comme un objet. C'est ce que remarque l'infirmière intérimaire : *« être infirmière, ce n'est pas juste faire un pansement. (...) Ce n'est pas possible d'être infirmière et d'aller au travail, faire ce qu'on a à faire, cocher ses soins, et repartir chez soi. On est obligé de ressentir, de s'émouvoir, et de porter attention à l'autre, sinon, notre travail, il n'est qu'à moitié fait »*. Ainsi, il apparaît que les émotions ne sont pas à exclure du travail infirmier.

- **Parce qu'on est humain...**

Le terme « humain » est revenu régulièrement lors des trois entretiens et cela faisait d'ailleurs l'objet d'une question que j'avais formulée dans mon guide d'entretien. Cette notion semble avoir toute son importance.

L'infirmière de l'Education Nationale explique avoir été touchée par l'histoire d'une élève : *« je ne me sens pas en danger quand c'est comme ça. Ça me rappelle juste que je suis un être humain »*. Il semble pour les trois soignantes que *« face à une situation qui nous touche vraiment, qui fait écho en nous »*, il est normal de ne pas être indifférent. L'infirmière « jeune diplômée » explique ce qui, pour elle, qualifie « l'humain » : *« c'est un corps, c'est de la chair, mais c'est aussi un cerveau, quelqu'un qui pense, quelqu'un qui s'émeut. C'est quelqu'un qui a un passé, un vécu, une mémoire »*. Ainsi, ce qui nous différencie des machines, ce sont en partie nos émotions et notre histoire personnelle. Ces particularités sont soulignées par différents auteurs, et notamment Marie DE HENNEZEL qui souhaite que l'on reconnaisse à l'infirmière le droit d'être touchée et émue, et donc que l'on reconnaisse son humanité.

Etre humain, c'est également avoir un corps qui réagit. Nous avons vu précédemment que les manifestations de nos émotions sont contrôlées par un système indépendant de notre

volonté. Ceci amène donc inévitablement à des situations où il nous est impossible de masquer notre colère ou notre joie. C'est ce que remarque l'infirmière d'Ehpad, en parlant des émotions du soignant : « *on n'arrive pas forcément à les cacher parce qu'on est humain. Les émotions, elles se voient* ». Elle explique également que l'idéal serait de laisser ses problèmes et ses émotions au vestiaire, mais que là encore « *on est humain, donc on fait ce qu'on peut* ». Elle ajoute que « *la tenue n'empêche pas ce qu'on est* », ce que constate aussi l'infirmière de l'Education Nationale : « *ce qu'on est influe forcément sur ce qu'il se passe* ».

Souligner la dimension humaine de l'infirmière, c'est aussi admettre que certaines situations nous dépassent, et qu'il est difficile de gérer ses émotions de façon systématique. En effet, les trois professionnelles avouent rencontrer des difficultés au quotidien, notamment lorsque des prises en charge font écho à leur propre histoire. L'infirmière de l'Education Nationale se souvient ainsi d'une situation, et explique qu'il faut savoir différencier l'autre de soi pour être aidant : « *il ne fallait pas que je me trompe. Ce n'était pas mon histoire que je réglais, c'était celle de quelqu'un d'autre* ». Et lorsque je lui demande comment elle gère ses émotions au travail, la soignante réfléchit puis émet un léger rire, comme pour signifier, qu'au fond, elle ne sait pas vraiment, et qu'il n'existe pas de recettes. Elle insiste toutefois sur les bénéfices de la psychothérapie, la supervision et les groupes de parole, qui selon elle, sont indispensables pour prendre de la distance. Elle explique ainsi qu'en début de carrière, elle avait tendance à se laisser envahir et qu'un travail sur soi lui a permis de prendre du recul. La connaissance de soi nous permet de prendre conscience de nos limites et de nos ressources, et permet de savoir lorsqu'une situation va être trop compliquée à gérer émotionnellement. Cette distanciation est également évoquée par l'infirmière d'Ehpad qui explique que l'expérience permet cela. Les deux autres infirmières sont d'accord avec ce constat, mais précisent toutefois que « *ponctuellement, on peut être à nouveau débordé* » et que « *l'expérience n'empêche pas d'être en colère. (...) Qu'on soit là depuis vingt ans, ou qu'on soit là depuis quelques mois, au fond, on ressent toujours les mêmes choses* ». L'infirmière intérimaire ajoute que l'expérience peut lui permettre de réajuster si à l'avenir elle est confrontée de nouveau à une situation similaire : le souvenir de difficultés rencontrées va l'amener à agir différemment, et à passer le relais si besoin est. Elle note que cette façon de gérer ses émotions en passant le relais peut être assimilé à de l'évitement. Elle est d'ailleurs la seule des trois soignantes à faire allusion à la possible mise en jeu de mécanismes de défense. Ceci s'explique peut-être par le fait que ces mécanismes sont inconscients et donc ne sont que rarement identifiés dans une situation. Elle ne relève pas de conséquences négatives liées à ces processus, contrairement à Pascal PRAYEZ, dans son livre sur la distance professionnelle, qui estime que ces mécanismes peuvent parfois être un frein voire un obstacle à la relation. L'infirmière en explique d'ailleurs l'utilité : « *l'évitement, c'est*

une manière de gérer une situation délicate, de se préserver ». En effet, elle estime que le processus d'évitement amène le soignant à passer le relais, ce qui permet d'assurer la continuité de la prise en charge sans être préjudiciable pour le patient. Ceci est également évoqué par les deux autres infirmières, qui exposent l'utilité et les avantages du travail en équipe : *« des situations où j'ai pu être en difficulté à l'hôpital, où ça m'a vraiment pesé, j'ai forcément passé le relais. Et du coup, je pense que dans l'efficacité, ça n'a rien changé ».*

Les trois infirmières s'accordent à dire que cette passation de relais n'est pas toujours facile ou possible : l'infirmière d'Ehpad est la seule infirmière présente dans l'établissement d'où l'impossibilité de solliciter une collègue, tout comme l'infirmière de l'Education Nationale qui se trouve seule face aux élèves. L'infirmière intérimaire travaille quant à elle dans des services où d'autres infirmières sont présentes, mais explique que cela n'est pas facile de passer le relais ou de se confier auprès d'une collègue : *« on ne se confie pas sur son ressenti, ses émotions aussi facilement que si on connaît bien la collègue. C'est vrai que je n'en parle pas souvent en fait, ça arrive que je le garde pour moi ».*

Pour conclure, je citerai ces quelques phrases de l'infirmière scolaire : *« Je ne crois pas au soin sans émotion, sans relation. Ça peut être plus ou moins fort, plus ou moins superficiel. Ça peut être juste un sourire. Ça peut être une relation verbale ou non verbale. Ça peut être une poignée de main. Ça peut être une main posée. Rien d'autre que ça. Mais en tout cas, je ne vois pas le soin sans ça ».*

- **Limites de l'analyse et problématique**

Tout d'abord, il convient de noter que les émotions et ressentis des bénéficiaires de soins n'ont pas été abordés, alors qu'ils peuvent également interférer dans la relation. De plus, les émotions du soignant vont avoir plus ou moins d'influence sur la relation selon l'interprétation qu'en fait le soigné. Ce point doit être pris en compte quant à l'interprétation et à l'exploitation des résultats de ce travail.

Il apparaît, à l'issue de cette analyse, que les émotions du soignant influencent la relation qu'il établit avec le bénéficiaire de soins. La charge émotionnelle d'une situation sera appréhendée différemment selon le niveau d'expérience de l'infirmière, mais également selon son parcours professionnel et personnel. Les infirmières sont unanimes sur la nécessité de parler de ses émotions, que cela se fasse dans des lieux et sur des temps définis comme les groupes de paroles, ou bien sur

des temps informels comme « *la pause café* ». Elles expliquent que l'expérience et la connaissance de soi peuvent aider à gérer ses émotions, mais ne protègent pas d'un débordement. Parce qu'elles sont issues d'un système indépendant de notre volonté, et parce que nous sommes « humains », nos émotions peuvent parfois nous rapprocher des patients, ou nous en éloigner. Chacune tente de son côté de les gérer, de travailler avec, et s'appuient sur ses collègues, les formations, la supervision, ses propres ressources et la conscience de ses limites...

Cette gestion des émotions, dont la nécessité est communément admise, ne semble pour autant pas si évidente. Les recherches effectuées pour l'élaboration de ce travail m'ont souvent conduite vers des articles ou des ouvrages sur le travail émotionnel des soignants, concept de plus en plus abordé, mais qui reste encore peu connu des infirmières. Ce travail est fondé sur la gestion de ses propres émotions par l'adoption d'un « personnage de travail ».

La gestion des émotions grâce au travail émotionnel est-elle possible ? Quelle place occupe-t-elle dans la pratique soignante ? Quel rôle tient-elle dans la relation ?

Hypothèse :

Le travail émotionnel et la sensibilisation des infirmières à cette dimension de leur activité permettent d'optimiser la qualité de la relation de soins.

CONCLUSION

Avons-nous le droit d'être en colère contre un bénéficiaire de soins, comme cela était le cas dans ma situation d'appel ? Avons-nous le droit de montrer nos émotions ? N'ont-elles pas une influence négative sur la relation de soins ? Ou au contraire, ne sont-elles pas indispensables à notre métier et à la dimension humaine que nous revendiquons si souvent ?

L'élaboration de ce travail m'a permis de répondre en partie à ces questions et de prendre du recul par rapport à la situation relatée. Plus que l'écrit en lui-même, le plus enrichissant fut les échanges avec les infirmières interrogées et les professionnels présents sur mes lieux de stage. J'ai pu constater que je n'étais pas la seule à m'être sentie en difficulté dans une situation, et que cela était même courant chez le personnel soignant.

Tout ceci m'a permis de réaliser que lorsque nous sommes confrontés à des situations riches sur le plan émotionnel, chacun peut s'appuyer sur différentes ressources telles que sa propre expérience, l'équipe, les formations professionnelles, les groupes de parole...

Le cheminement et la réflexion nécessaires à ce travail m'ont amenée d'autres interrogations

quant aux émotions des soignants : comment trouver le juste milieu entre le « blindage » et l'expression excessive de nos ressentis ? Quels sont les moyens pour parvenir à gérer nos émotions et rester un soignant avant tout ?

J'ai ainsi découvert un nouveau concept, « le travail émotionnel », qui est un travail souvent réalisé de façon inconsciente par les infirmières. Il apparaît que cette gestion des émotions est une dimension du travail infirmier peu abordée, que ce soit dans les structures de soins ou pendant la formation initiale. Elle est donc rarement prise en compte, malgré l'implication qu'elle nécessite. Cet investissement personnel et affectif de l'infirmière est souvent associé à l'épuisement professionnel. Ce syndrome, également appelé burn-out, n'est pas un phénomène rarissime dans la profession. En effet, les contraintes, la charge de travail et la charge émotionnelle inhérentes à notre fonction entraînent parfois un épuisement des professionnels qui ressentent alors un écart important entre la réalité du métier et les représentations qu'ils en avaient.

BIBLIOGRAPHIE

- **Livres :**

.**ANDRE Christophe, LELORD François.** *La Force des Emotions*. France : Odile Jacob, mars 2001, 395 pages.

.**CARILLO Claudine.** *Etre un soignant heureux : le défi. Fluidifier les relations et apprivoiser les émotions*. France : Elsevier Masson, 2010, 202 pages.

.**COSNIER, Jacques.** *Psychologie des émotions et des sentiments*. France : Retz, 1994, 175 pages. (Psychologie dynamique)

.**CURCHOD Claude.** *Relations soignants-soignés, Prévenir et dépasser les conflits*. France : Elsevier Masson, 2009, 212 pages.

.**DE HENNEZEL Marie.** *Le souci de l'autre*. France : Robert Laffont, 2009, 192 pages.

.**FORMARIER Monique, JOVIC Ljiljana (sous la direction de).** *Les concepts en soins infirmiers*. France : Mallet Conseil, 2009, 291 pages.

.**GHIGLIONE Rodolphe, RICHARD Jean-François (sous la direction de).** *Cours de Psychologie. Tome 5 - Structures et activités*. France : Dunod, 2000, 416 pages. (Psycho Sup)

.**HESBEEN Walter (sous la direction de).** *Dire et Ecrire la pratique soignante du quotidien. Révéler la quête du sens du soin*. France : Seli Aslan, 2009, 187 pages.

.LUMINET Olivier. *Psychologie des émotions. Confrontation et évitement*. Belgique : DeBoeck Université, 2002, 254 pages

.MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF Anne. *La relation soignant-soigné*. 2^{ème} Edition. France : Lamarre, 2001, 173 pages. (Pratiquer).

.PRAYEZ Pascal (sous la direction de). *Distance professionnelle et qualité du soin*. France : Lamarre, 2003, 228 pages. (Fonction Cadre de Santé)

.ROGERS R. Carl. *Le développement de la personne*. France : Dunod-InterEditions, 2005, 270 pages.

- **Articles :**

.FARHAT Madeleine. Prendre soin de soi pour prendre soin des autres. *Soins*, avril 1999, n°634, page 12.

.LANGLOIS, Géraldine. De l'émotion dans le soin. *L'infirmière magazine*, août 2010, n°262, pages 22-26

.PRAHIN Jean-Jacques. Emotions de soignant, émotions de soigné. *Soins*, avril 1999, n°634, pages 13-16.

.RICHARD Christian. L'émotion deux censures. *Ressources humaines*, octobre 2008, n°169, pages 24-25.

.TRUC Huynh, ALDERSON Marie, THOMPSON Mary. Le travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers: une analyse évolutionnaire de concept. *Recherche en soins infirmiers*, juin 2009, n°97, pages 34-49.

.VANDAMME Géraldine. Du cœur à l'ouvrage. *L'infirmière magazine*, mars 2004, n°191, pages 37-39.

.VAN INGEN Frederika. Sommes-nous faits pour aller bien ? *Ça m'intéresse*, mars 2012, n°373, pages 26-29.

- **Sites et pages internet :**

. O'DY Sylvie. Amour, tristesse, joie, colère... Emotions, ce que la science nous révèle. [En ligne]. L'Express, le 2 décembre 1999 [Consulté le 14/01/2012]. Disponible : http://www.lexpress.fr/actualite/sciences/emotions-ce-que-la-science-nous-revele_494466.html?p=6

. LAROUSSE [En ligne]. [Consulté le 12/12/2011]. Disponible : <http://www.larousse.fr>

- **Cours et ateliers dispensés à l’Institut de Formation:**

.VALADIER **Micheline**. *La relation soignant-soigné : approche psychologique*. UE 1.1 : Psychologie, sociologie et anthropologie, Semestre 2.

.PITON **Martine**. *Répercussions de l’annonce d’une maladie grave*. UE 4.7 : Soins palliatifs et fin de vie, Semestre 5.

.DUMONT **Dominique**. *Atelier de la Parole*. UE 4.2 : Soins relationnels, Semestre 5.

ANNEXE I

Rôles des systèmes nerveux sympathique et parasympathique

	Système nerveux sympathique	Système nerveux parasympathique
Pupille	Dilatation (mydriase)	Constriction (myosis)
Glandes salivaires	Inhibition de la sécrétion	Stimulation de la production de salive
Poumons	Dilatation des bronches	Constriction des bronches
Cœur	Augmentation de la fréquence cardiaque	Diminution de la fréquence cardiaque
Appareil digestif	Inhibition de la digestion	Stimulation de la digestion
Muscles	Contraction	Relâchement
Vaisseaux sanguins	Constriction	Dilatation
Vessie	Relaxation	Stimulation de la contraction
Glandes surrénales	Sécrétion d’adrénaline	-

Généralement, le système nerveux parasympathique est associé au repos et à la digestion, tandis que le système nerveux sympathique est associé au stress ou à l’effort physique.

ANNEXE II

Les mécanismes de défense des soignants

- .**La banalisation** : le soignant s'occupe de la maladie et non du malade, et ne prend en compte que la souffrance physique. C'est faire preuve d'indifférence face au patient.
- .**L'esquive** : le soignant parle au patient en déviant la conversation, en restant « hors-sujet ».
- .**L'évitement** : le soignant évite physiquement le patient, ne se retrouve jamais seul avec lui.
- .**La fausse réassurance** : le soignant optimise les résultats, entretient un espoir artificiel.
- .**La dérision** : il s'agit d'ironiser la situation ou ce que dit le malade.
- .**La fuite en avant** : le soignant donne des informations au patient sur sa maladie de façon brutale, sans ménagement ni accompagnement, comme pour s'en débarrasser.
- .**La rationalisation** : le soignant utilise un vocabulaire médical, technique qui isole le bénéficiaire de soins.
- .**L'identification projective** : le soignant attribue au patient ses propres ressentis, ses propres réactions émotionnelles.
- .**La généralisation** : le soignant ne dispense pas de soins individualisés, mais effectue les soins de façon routinière.
- .**Le contre-transfert** : il s'agit d'un mécanisme de défense en réaction au transfert d'un bénéficiaire de soin (le transfert est l'actualisation des désirs inconscients, du déplacement des sentiments positifs ou négatifs du patient sur le soignant).
- .**Le déplacement** : le soignant transfère l'émotion ressentie sur un objet autre que celui qui l'a provoqué.

ANNEXE III

Guide d'entretien

- Présentation du professionnel

Depuis combien de temps exercez-vous le métier d'infirmière ?

Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service/cette structure ?

Est-ce un souhait de travailler dans ce service ?

Avez-vous suivi des formations particulières ?

- Dans l'exercice de vos fonctions, avez-vous été confrontée aux émotions suivantes, et si oui, dans quelles circonstances, quelles situations ?

- La joie
- La colère
- La peur
- La tristesse

Objectif : Connaître les situations à l'origine de la survenue de certaines émotions dans l'exercice du métier d'IDE ; connaître les émotions éprouvées en fonction du contexte, des personnes, des évènements.

- En tant que soignant, pensez-vous qu'il soit nécessaire d'exprimer ses émotions, ou au contraire faut-il les taire ? Pourquoi ?

Selon vous, les exprimer constitue-t-il un manque de professionnalisme ? Pourquoi ?

Objectif : Connaître le positionnement du soignant sur la conduite à adopter face à l'émergence d'émotions et sur le concept de professionnalisme dans le cadre du métier d'IDE.

- Personnellement, comment gérez-vous vos émotions au travail? Avez-vous rencontré des difficultés dans la gestion de ces émotions ? Si oui, lesquelles?

Objectif : Connaître les moyens personnels dont dispose le soignant pour faire face à ses

émotions (techniques, mécanismes de défense, exutoires, ...), ainsi que les difficultés rencontrées, en lien avec des limites personnelles, professionnelles, contextuelles, etc.

- Pensez-vous que les 3 éléments suivants puissent influencer sur la maîtrise des émotions ?

Pourquoi ?

- L'expérience/l'ancienneté
- La connaissance de soi
- La formation

Objectif : Connaître les différents facteurs influençant la maîtrise des émotions.

- Selon vous, vos émotions peuvent-elles influencer votre relation avec le bénéficiaire de soins, et pourquoi ?

Objectif : Connaître l'impact que peuvent avoir les émotions éprouvées par le soignant sur sa relation avec le bénéficiaire de soins (en terme de prise en soin, de relation de confiance, de distance relationnelle, etc.)

- Au cours de mes stages, j'ai plusieurs fois entendu la phrase suivante : « Nous ne sommes pas des robots, nous sommes avant tout humains » : que pensez-vous de cette phrase, dans le cadre du métier d'IDE ?

Objectif : Souligner la particularité du métier d'infirmière (l'humain), en faisant référence aux ressources et aux limites des soignants, en lien avec les valeurs personnelles et professionnelles.

- L'entretien est à présent terminé. Souhaiteriez-vous apporter d'autres informations sur le sujet ? Sur le déroulement de l'entretien ?

ANNEXE IV

Retranscription de l'entretien avec l'infirmière de l'Education Nationale

NB : Les questions posées lors de cet entretien sont écrites en italique, et les réponses de l'infirmière sont en caractère « droit ».

Depuis combien de temps exercez-vous le métier d'infirmière ?

Depuis 1988, donc ça fait 24 ans.

Quel est votre parcours professionnel depuis l'obtention de votre diplôme ?

J'ai fait de la cardiologie, de la pneumologie. J'ai fait de la neurologie. J'ai passé mon DU en soins palliatifs. J'ai travaillé en oncologie thérapies physiques, en hématologie. Je suis allée travailler en Suisse, en soins palliatifs. Je suis revenue en France, en oncologie, et en thérapies physiques. Et puis maintenant, depuis 3 ans, à l'Education Nationale. J'ai fait aussi maison de retraite, long séjour. Je n'ai pas fait de chirurgie !

Est-ce un souhait de travailler à l'éducation nationale ?

Oui. C'est un souhait par rapport à un moment donné de ma vie, après la naissance de mes enfants, où je me suis sentie plus concernée par l'éducation de jeunes enfants. Et par le fait que l'organisation était complexe donc j'ai déménagé. C'était compliqué, et il n'y avait pas de possibilités dans le service où j'étais, la cadre avait changée, et euh... elle ne voulait absolument aucun arrangement matin-soir. Donc voilà. Après, ça a été une rencontre. J'ai rencontré mon ancienne surveillante de thérapie physique oncologie là où je me faisais suivre pour mes grossesses. Elle m'a parlé d'une de ses infirmières qui avait quitté l'hôpital pour l'Education Nationale. Et du coup, je me suis dit « pourquoi pas ». Je me suis dit qu'il y avait un lien en fait. Il y'en a qui ne le voit pas, qui ne le comprennent pas, mais de la fin de vie... Enfin, tout ce qui m'a semblé important de mettre en œuvre pour la fin de vie, passer au début de la vie, c'est une autre étape. Pour moi, il y a vraiment un lien. Donc au lieu d'arriver en fin de vie et faire tout ce qu'on peut pour que la personne parte le plus tranquillement possible, et bien c'est essayer de commencer en bas, à participer, à faire des petites choses, des petites gouttes pour que chacun se sente mieux pour avancer dans la vie. Voilà.

Avez-vous suivi des formations particulières ?

Pour l'éducation nationale, non. Il n'y a aucune formation.

Dans l'exercice de vos fonctions, avez-vous été confrontée personnellement aux émotions suivantes, et si oui, dans quelles circonstances, quelles situations ? Pour commencer, avez-vous ressenti de la joie ?

Oui. La cardiologie, ça a été le service où je me suis vraiment éclatée professionnellement. C'est-à-

dire que ça correspondait complètement à ce que j'attendais de ma profession. J'étais en début de carrière, dans une équipe extraordinaire. On avait une surveillante qui pour moi était une vraie surveillante dans le sens où elle savait plus que moi et elle m'apprenait. Donc c'était pour moi une personne référente, une personne ressource. C'était super rassurant. En plus, c'était agréable parce qu'elle se rendait vraiment compte de ce qu'on faisait comme travail. Le samedi, quand elle était de garde, elle voulait être infirmière donc elle prenait des soins. C'est là que ça a commencé, les problèmes de remplacements d'été, où ils ont voulu commencer à nous proposer des élèves. Donc moi, j'ai vraiment connu l'union fait la force. On s'est tous battu, on a été tous ensemble. Et on a gagné. Moi, j'ai connu l'idéal de ma profession, dans l'esprit d'équipe, dans la réflexion sur les soins, dans les formations qu'on demandait... C'était génial ! On faisait plein de fêtes aussi parce qu'on s'entendait bien. Et moi, j'ai connu l'idéal de ma profession sur ces 5 années là. Après, ça s'est compliqué. J'ai certainement ressenti de la joie partout, mais j'ai commencé à être parasitée. Mon métier, les relations humaines, les familles, les malades, ça a toujours été. Après, il y a eu un changement de surveillante, ça a déstabilisé l'équipe. Dans la vie, il n'y a que les relations humaines qui sont complexes. Voilà. Je crois que c'est le résumé. Dès qu'il y a quelque chose qui ne va pas dans une équipe, ça sème la zizanie. Et du coup, il y a moins de joie, ça c'est sûr. Après, le sentiment de joie dans la relation avec les familles, dans le bout de chemin qu'on peut faire... Ça, toujours. Jusqu'au bout. Tout le temps.

Avez-vous été confrontée à la colère ?

Oui. Moi, franchement, des histoires de relations hiérarchiques. Après, des patients qui m'ont mise en colère... Je m'en rappelle d'un, en cardiologie. Enfin, je crois que ça ne m'avait même pas mis en colère, ça m'a juste rendue...euh... Enfin, je ne comprenais pas ce qu'il se passait. Non. En fait, non.

Avez-vous déjà ressenti de la peur et dans quelles circonstances ?

De la peur... Je me rappelle d'une fois. J'étais jeune diplômée, et... Oui, dans trois situations en fait. Une personne qui faisait partie des gens du voyage, ils étaient un car entier... Mais bon, finalement, ça s'est bien passé. J'avais des appréhensions mais ça a été. Aussi, on a eu un prisonnier. On ne connaissait pas son histoire, mais on savait que c'était quelqu'un de dangereux. Il y a eu les flics qui étaient là, donc voilà. Et puis, j'ai été de nuit dans un service. Il était 23h, j'ai vu un mec passer qui n'avait rien à faire ici. J'ai commencé à me poser des questions. C'était effectivement une situation glauque. Et donc il y avait de quoi avoir peur. C'était vraiment le début

de ma carrière. C'est marrant quand j'y réfléchis... Voilà. Sinon, je n'ai pas de souvenirs d'avoir eu peur. Alors, peur d'ordre primaire. Je veux dire, peur parce que je me sens en danger. Après, d'autres peurs. Je vois par exemple en cancérologie, comme un traitement. Ça serait plus des appréhensions en fait, sur comment va être vécu un traitement, ce qu'il va se passer pour l'avenir de la personne. Des interrogations. Ce n'est pas vraiment de la peur.

Avez-vous déjà ressenti de la tristesse au travail, et dans quelles situations ?

Oui, de la tristesse. Oui. Je suis en train de penser. Il y avait peut-être de la colère dans un premier temps, surtout de l'incompréhension sur les premières réanimations que j'ai vues, où tout le monde se marrait. Je trouvais ça très incorrect. Et finalement, on m'a expliqué qu'il y avait beaucoup de tensions, que chacun faisait comme il pouvait. Mais voilà, j'ai été très choquée. Après, et bien en fonction des décès qu'il y a eu. Moi, j'ai travaillé en médecine, donc il y a des décès qui marquent. Je me rappelle d'une jeune fille qui avait 16 ans. Je me rappelle de certaines personnes. Tu te dis que, certes, c'est la vie, mais c'est vachement dur quoi...(silence) Donc oui, dans des situations de décès, de jeunes, de... Voilà. Et puis, ressentir la tristesse de la famille. C'est toujours un être cher qui manque à quelqu'un. Mais tous les décès ne m'ont pas fait ça. Dans certaines situations... Des réanimations qui ratent en cardiologie. En plus, j'étais jeune dans la profession donc... Voilà.

En tant que soignant, pensez-vous qu'il soit nécessaire d'exprimer ses émotions, ou au contraire faut-il les taire ? Pourquoi ?

Il y a des endroits où on peut parler, des endroits où on ne peut pas en parler. Ça, ça me semble évident. Les exprimer, ça me semble vital. Après, c'est de savoir où, quand et avec qui.

Selon vous, les exprimer constitue-t-il un manque de professionnalisme ? Pourquoi ?

Surtout pas. Pour moi, c'est humain. Donc être soignant sans émotions, ça me semble être à distance de la notion de soins. Du coup, ça me semble être, sinon antagoniste, ça me semble être à des opposés. Enfin, en tout cas, ça me semble manquer de cohérence.

Personnellement, comment gérez-vous vos émotions au travail ?

Alors, je pense qu'il faut... euh... Comment je fais ? (rires) Je me laissais envahir en début de carrière. J'avais du mal à trouver ma position d'infirmière. Jeune diplômée, dès qu'on me demandait quelque chose, je disais « je vais demander à l'infirmière ». J'ai eu du mal à intégrer que j'étais infirmière, que j'étais en capacité de donner des nouvelles, d'expliquer... Et puis j'étais jeune. Pourtant, j'avais vécu. Mais je ne sentais pas trop de distance avec ce que les gens vivaient. Je fais partie d'une famille où on a été très éprouvé par la mort, la maladie. Donc je pense qu'il y a

mon chemin personnel. Après, moi, je suis intimement convaincue que quand on est dans un travail de relation d'aide, on doit être supervisé. Donc moi, je suis pour la psychothérapie. Les groupes de paroles, avec psychologues sur place, j'ai connu ça en soins palliatifs bien sûr, en oncologie. C'est la condition sine qua none, sinon le service n'existe pas. Après, je pense que depuis que je suis ici, ... Enfin, quand je suis arrivée ici, je me suis trouvée confrontée à des situations qui faisaient écho à mon histoire familiale. Je me suis dit qu'il fallait que je sois absolument supervisée. J'ai fait différents petits bouts de psychothérapie dans ma vie, pour différentes raisons, et là j'ai vraiment recontacté une psychothérapeute pour de la supervision pure. Forcément, la supervision, tu travailles sur toi. Donc moi, ça me semble essentiel. Je trouve même dangereux qu'on travaille sans avoir un espace où on parle de ça. Je pense que c'est une protection pour les personnes dont on s'occupe.

Avez-vous des moyens personnels pour « évacuer » la charge émotionnelle liée à des situations rencontrées au travail ?

Oui, moi c'est la marche, la lecture. Surtout la marche. Pour avoir du temps à moi. C'est important.

Avez-vous rencontré des difficultés dans la gestion de ces émotions ? Si oui, lesquelles ?

Oui, ce n'est pas simple. La situation dont je t'ai parlé. J'avais vraiment besoin d'aide, parce que ça faisait écho à mon histoire personnelle. Donc il ne fallait pas que je me trompe. Ce n'était pas mon histoire que je réglais, c'était celle de quelqu'un d'autre. Donc, là, ça a été particulièrement fort et particulièrement compliqué parce que je suis toute seule. Les situations où j'étais touchée, et gênée dans ma fonction hospitalière, je ne serais pas capable d'en citer une. Il y a eu des situations où je me suis posée des questions, certes, mais ça n'a pas laissé de traces parce que, voilà. Il y a une équipe. Tu n'es pas tout le temps toute seule. Là, on est dans une relation duelle, donc sans possibilité de relais.

Pensez-vous que les 3 éléments suivants puissent influencer sur la maîtrise des émotions ? Pourquoi ?

Tout d'abord, l'expérience et l'ancienneté :

Oui et non. Certainement, parce que l'expérience de la vie fait que... Et je dis non, parce que tout d'un coup, une situation peut te... Voilà, ça m'est arrivé hier avec une élève. Je ne me sens pas en danger quand c'est comme ça. Ça me rappelle juste que je suis un être humain. Et qu'on n'est pas... Moi, je ne veux surtout pas être blindée. Ça me ferait peur d'être blindée. C'est dangereux. Alors, effectivement, il ne faut pas s'engouffrer dans l'émotion de l'autre, parce qu'on ne peut pas être aidant car on n'est pas à la juste distance. Voilà, donc oui et non. Ponctuellement, je pense qu'on peut être à nouveau débordé. Après, il faut savoir quoi faire à ce moment là pour ne pas perdre de

vue qu'on est dans une position où on doit être soutenant. Donc si on ne peut pas aider, il faut ou le dire, ou alors se faire aider et puis essayer de proposer une solution à la personne concernée.

Pensez-vous que la connaissance de soi puisse avoir une influence sur la gestion de nos émotions ?

Ça me semble essentiel. Je pense que si je n'avais pas fait ce que j'ai fait pour moi, je n'aurais pas pu être suffisamment disponible, à l'écoute, dans la compréhension, dans l'empathie. Pour moi, un soignant qui ne fait pas de supervision, ou des petits morceaux de psychothérapies, ou... Moi, ça me semble insensé.

Pensez-vous que la formation professionnelle puisse aider à la maîtrise des émotions ?

Oui. Déjà, comprendre comment tout ça, ça fonctionne. La gestion du stress et des émotions. C'est une des premières formations que j'ai faites. L'accompagnement de la personne en fin de vie. Tout ça, ça me semble essentiel. Que ça soit de la formation professionnelle ou de la formation personnelle sur des choses comme ça.

Selon vous, vos émotions peuvent-elles influencer votre relation avec le bénéficiaire de soins, et pourquoi ?

Inévitablement, je crois que c'est juste humain. C'est juste être honnête sur le fait qu'il y ait des gens avec qui on n'accroche pas. Je vais dissocier ce que je vis à l'Education Nationale et ce que j'ai vécu auparavant. La prise en charge curative, de soins, elle est la même pour tout le monde. La relation, c'est ce qui fait le plus. On ne peut pas accrocher avec tout le monde, on peut ne pas se rencontrer. C'est vraiment deux personnes qui se rencontrent. Le malade et le soignant. Après, là, c'est les élèves et moi. Comme il y a de l'humain, il y a forcément du subjectif, donc ça peut influencer. Alors, je pense que ça peut aller plus loin et ça peut cheminer plus si ça accroche bien. Après, que ça puisse être néfaste, j'espère que non. Est-ce que ça pourrait être négatif ? On peut peut-être passer à côté de quelque chose, oui. Dans l'accompagnement. Après, je me dis toujours que la richesse d'une équipe c'est qu'on peut le trouver ailleurs si on ne le trouve pas avec une personne. Dans une relation duelle, ça accroche ou ça n'accroche pas. Je fais vraiment une différence entre l'hôpital et le collège. Parce que des situations où j'ai pu être en difficulté à l'hôpital, où ça m'a vraiment pesé, j'ai forcément passé le relais. Et du coup, je pense que dans l'efficacité, ça n'a rien changé. Après, ça dépend ce qu'on entend par efficacité. A l'hôpital, est-ce que c'est la réalisation des soins... Donc sur le soin, en tant qu'acte technique, je ne pense pas que cela influe vraiment.

Est-ce que vous pensez que cela peut avoir des conséquences sur la relation de confiance avec la

personne, sur la juste distance, sur la relation en générale ?

Je pense que oui. Je suis sûre qu'il y a des élèves où ça accroche avec moi et qui vont dire les choses et d'autres qui n'accrochent pas, mais je trouve ça juste humain. Comme moi je n'aurais pas envie de parler de moi à tout le monde. Ce n'est pas forcément grave. Après, est-ce que ça peut l'être ? J'espère juste que ceux qui n'arrivent pas à établir une relation de confiance avec moi arrivent à l'établir avec quelqu'un d'autre.

Au cours de mes stages, j'ai plusieurs fois entendu la phrase suivante : « Nous ne sommes pas des robots, nous sommes avant tout humains ». Vous avez d'ailleurs vous-même employé le terme « humain ». Que pensez-vous de cette phrase, dans le cadre du métier d'IDE ?

Je suis d'accord. C'est-à-dire que... On n'est pas des machines. On a un cœur, des émotions. On est là pour une fonction mais on a aussi un ressenti. Je pense que ce qui parasite la relation, en dehors des histoires d'équipe dans le monde hospitalier, c'est qu'il y a une relation, quelque chose de l'ordre du pouvoir. Alors, plus ou moins selon qui on est. Mais j'ai beaucoup constaté, de l'autre côté de la barrière, des soignants dans une position de pouvoir. Les malades, ils se taisent. Les familles, elles se taisent. Voilà, ça, ça parasite beaucoup. Quand j'ai travaillé en soins palliatifs, l'esprit des soins palliatifs... On n'a pas les tenues blanches, on est vraiment nous. Du coup, on fait un bout de chemin avec le résident, et avec sa famille. Il y a le soin, on est là pour ça, mais eux ils ont autre chose à nous transmettre et j'ai vraiment senti cette relation d'égal à égal que je n'avais jamais senti à l'hôpital. Jamais, jamais. Là, je me sens dans une relation qui est... On est humain, pas des robots. Là, plus que jamais. Je pense que ma fonction d'infirmière de l'Education Nationale, comme il n'y a pas de formation, ça ne dépend que de moi. Si une autre infirmière vient l'année prochaine, ça sera complètement différent. Elle fera autre chose, elle procèdera d'une autre façon. Ce qu'on est influe forcément sur ce qu'il se passe. La première fois où je suis allée à la morgue, lorsque j'étais élève, et que dans un tiroir, j'ai vu un petit bout... Tu vois, ça prend une émotion différente. Ça m'a choqué sur le moment. J'avais 20 ans. Je suis maman depuis. Ça prend un autre sens... Quand j'y pense ça me fait forcément quelque chose. Je te parlais de la jeune fille de 16 ans tout à l'heure. Je revois ses yeux, ses grands cils. Je revois sa famille. En soins palliatifs, je revois un jeune clown... Il y a des moments qui marquent comme ça. Après, ce ne sont pas des images qui me hantent. Quand j'en reparle, que j'y repense, ça m'émeut. En même temps, toutes les personnes qui sont parties vraiment trop tôt... Je ne pense pas qu'on puisse dire « la vie, c'est comme ça, point barre ». Ça pose forcément question. La satisfaction que je peux avoir, c'est qu'on était en équipe et qu'on a fait à chaque fois du mieux qu'on pouvait. Les fins de vie se sont passées le plus doucement possible, et le plus humainement possible. Donc ça, c'est une satisfaction. Les choses qui sont difficiles, c'est de voir des fois que la prise en charge, elle peut dépendre de la mauvaise humeur

d'un tel. Voilà, mais ça, c'est une constatation sur la nature humaine.

Est-ce que vous pensez que la spécificité du service peut influencer sur les émotions ? Est-ce que l'on est sollicité émotionnellement de la même façon en soins palliatifs, en service de médecine, au collège, ou autre ?

Non, ça c'est sûr. Après, moi je pense que je serai infirmière partout de la même façon. Ça fait partie de moi. Après, effectivement, il y a une concentration en soins palliatifs de situations qui peuvent être difficiles. Je n'y suis pas restée dix ans non plus. Je ne sais pas si j'y serais restée dix ans. La vie a fait que je suis partie de l'hôpital. Maintenant, s'il y a un service où je devrais retourner, ça serait certainement les soins palliatifs, sans hésiter. En tout cas, de la médecine. Tout ce côté relationnel. Le soin, pour moi, c'est un support. Ce qui me tient dans mon travail, c'est la relation avec les gens. Ce que j'aime, c'est rencontrer les gens. Alors, oui, j'ai été technicienne, parce que j'ai fait de la cardiologie, de l'oncologie, toutes les manipulations de chambre implantable, tous ces produits... Mais c'est vraiment un support. Du coup, ça ne me manque pas du tout. Après, on verra dans le temps. Ça ne fait que trois ans que je suis à l'Education Nationale. Mais moi, ce qui me plait, c'est la relation. Je ne crois pas au soin sans émotion, sans relation. Après, ça peut être plus ou moins fort, plus ou moins superficiel. Ça peut être juste un sourire. Ça peut être une relation verbale ou non verbale. Ça peut être une poignée de main. Ça peut être une main posée. Rien d'autre que ça. Mais en tout cas, je ne vois pas le soin sans ça.

LES EMOTIONS DU SOIGNANT	THE CARER'S EMOTIONS
Coralie Brenier	Coralie Brenier

<p>Dans son travail, au quotidien, l’infirmière est confrontée à des situations qui vont la toucher, la marquer. Elle va alors ressentir diverses émotions, dont elle aura conscience ou non, qu’elle identifiera ou non. Qu’il s’agisse de joie, de tristesse, de peur ou encore de colère, ces émotions sont-elles anodines ? Ont-elles un impact sur la relation établie avec le bénéficiaire de soins ? Les recherches effectuées et les entretiens menés ont montré que malgré l’image de l’infirmière infaillible et dévouée, malgré les normes de conduite qui tendent à s’imposer dans le milieu paramédical, les infirmières semblent ne pas être épargnées par leurs émotions et leurs états d’âme. Cette « norme » qui tend à museler leurs affects semble peu cohérente avec la revendication de soins humains et individualisés. La neutralité émotionnelle de l’infirmière peut être un obstacle à la relation, tout comme des émotions non maîtrisées peuvent altérer la confiance du patient. La gestion des émotions par l’infirmière apparaît comme une tâche compliquée, mais les bénéfices qu’elle peut en tirer semblent légitimer ce labeur.</p>	<p>In her daily activity, a nurse has to face many situations which deeply affect her. Then, she can feel several different emotions, which she may or not be conscious of, which she may or not identify. Whether it has to do with joy, sadness, fear or anger, can these emotions be considered as harmless? Do they have an impact on the relationship established with the patient? The researches and interviews carried out show that despite the picture of the infallible and devoted nurse and despite the behaviour standards prevailing among the paramedical staff, the nurses seem not to be spared by their emotions and their moods. These “standards” which tend to stifle their affects, appear to be in contradiction with the demands for humane and individualized cares. The nurse’s emotional neutrality/distance can be an obstacle to her relation with the patient, just as unrestrained emotions can affect the patient’s confidence. The handling of her emotions seems to be a difficult task for a nurse, but the benefits she can derive from it may justify this hard work.</p>
<p>Mots clés : émotions, relation soignant-soigné, gestion des émotions, authenticité, distance relationnelle</p>	<p>Keywords : emotions, patient-nurse relation, regulation of emotions, authenticity, relational distance</p>

ABSTRACT